

SOLICITUD DE MULTI-USO PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO

Appendix B-6

Parte 1. Niños en escuela (Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza)

Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado

Parte 2. Parte 2. El número de cupones para alimentos / Beneficios en Efectivo (Cash Assistance) / FDPIR

Si su(s) niño(s) tienen un número de caso por favor escríbalo aquí. Vaya a la parte 6.

Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]
 Sin Hogar Emigrante Abandonó su Hogar

Parte 4. Hijo de Crianza
 Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque
 luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$ _____. **Vaya a la parte 6.**

Parte 5. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe decirnos cuanto es y cuando lo recibe

1. Nombre (Anote a todos en su hogar)	2. Ingreso bruto y frecuencia <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de viudedad	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	\$ ____/____/____	<input type="checkbox"/>

Parte 6. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)
 Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si comparte la custodia de un niño que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de la escuela y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Número de Seguro Social: _____ No tengo número de Seguro Social

Parte 7. Identidad étnica de los niños (opcional)
Marque una o más de las identidades raciales:
 Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska Hispano Latino
 Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico No Hispano ni Latino
 De raza negra o Afro-Americano Otro

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ____ Reduced ____ Denied ____ Reason: _____

Temporary Free: ____ Time Period: _____ (expires after ____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

SAMPLE ONLY
Updated forms can be found on the ADE website!
www.ade.az.gov/health-safety/cnp/nsip/

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

Appendix B-6 (continued)

TABLA FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar 2005-2006			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$17,705	\$1,476	\$341
2	\$23,736	\$1,978	\$457
3	\$29,767	\$2,481	\$573
4	\$35,798	\$2,984	\$689
5	\$41,829	\$3,486	\$805
6	\$47,860	\$3,989	\$921
7	\$53,891	\$4,491	\$1,037
8	\$59,922	\$4,994	\$1,153
Cada persona adicional:	\$6,031	\$503	\$116

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, Beneficios en Efectivo (Cash Assistance), por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Querido Padre de Familia/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted proveyó en su solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños podrían calificar. **Actualizado: Usted puede obtener autorización para compartir su información con los siguientes programas. El encargar su firma no constituye el hecho de que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido.**

- No. Yo **NO QUIERO** que la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.
- Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los bloques de arriba, la información que usted proveyó en esta solicitud será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____

Dirección: _____

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Envíe ésta forma a: **[address]** antes de **[date]**.

SAMPLE ONLY
 Updated forms can be found on the ADE website!
www.ade.az.gov/health-safety/cnp/nsip/